

تخدير وقلع 3

الاختلاطات الموضعية التالية لقلع الأسنان وتدبيرها

PHD Dr. Sameer Ozzo
Oral and Maxillofacial Surgery & implantology
Arab university for science & technology University

اختلاطات القلع أثناء العمل

موضعية

- منها مانعزوه للمريض
- منها مانعزوه للطبيب



1. أذيات الأعصاب
2. أذيات النسج الرخوة
3. اختلاطات سنية
4. أذيات النسج العظمية
5. اختلاطات فكية جيبية
6. أذيات مفصلية
7. اختلاطات ورمية
8. اختلاطات خطيرة

بعيدة

- هضمية
- تنفسية

اختلاطات بعد العمل الجراحي

مبكرة

1- النزف
2- الورم الدموي
3- الشفاء المتأخر و الإنتان
4- تفتق الجروح
5- اختلاطات التهابية
6- ضزز
7- وذمة هوائية

متأخرة

1 – تغيرات وعدم انتظام الحواف السنخية
2- اضطراب الإطباق السني

اختلاطات عامة

اختلاطات القلع عند بعض الفئات الخاصة

- تعتبر المضاعفات التالية لأي عمل جراحي من أكثر الأمور المزعجة للطبيب والمريض على حد سواء ، فهي تحد من نجاح العمل الجراحي المجرى وفي الوقت نفسه تزعزع ثقة المريض بطبيبه .

- يعد الطبيب **حكيماً** عندما يكون قادراعلى معالجة الاضطرابات الحاصلة في **فيزيولوجية** المريض بأقل قدر ممكن من المضاعفات حيث يعتبر (فهم الحالة التشريحية للناحية المتداخل عليها ،ودراسة الحالة المرضية دراسة مستفيضة بالاستعانة بالوسائل التشخيصية المساعدة كالصور الشعاعية والفحوص المخبرية وحتى الاستشارات الطبية ، مع تركيز الطبيب الكامل أثناء العمل الجراحي) بلإضافة لدور مساعد الجراح ، كل ذلك يقلل من فرصة حدوث اختلاطات غير مرغوبة ذات آثار جانبية مزعجة .

- وعلى الرغم من أن طبيعة الاختلاطات من وجهة نظر طبية بحتة هي أمور متوقعة وغير مرتبطة بأمور غيبية فهي تبقى قابلة للسيطرة والتحكم بها أو على الأقل تقليل مخاطرها .

ما هو المقصود بالاختلاط في الجراحة الفموية السنخية؟

✓الاختلاطات :

هي مضاعفات تالية للعمل الجراحي غير مرغوبة ذات آثار جانبية ، تكتسب خصوصيتها بتأثيرها على ساحة العمل الجراحي بتداخلها ببنية ووظيفة منطقة التداخل . الأمر الذي قد يحد من نجاح أي معالجة جراحية ويبقيها محصورة بتدبير آثارها الجانبية المزعجة .

من النقاط التي تلعب دوراً رئيسياً في تأمين أفضل وقاية ممكنة :

- سيرة المريض الطبية ، دراسة الحالة ، دور وسائل التشخيص في المساعدة على دراسة الحالة، خبرة الطبيب ، التخطيط المسبق للعمل الجراحي ، الالتزام بالمبادىء الأساسية في الجراحة .
- إذاعلى الطبيب أن ينجز فقط الجراحة التي تقع ضمن إمكانياته أي في حدود نطاق قدرته .فالطبيب الناجح يُقيِم وبعناية مقدرته على العمل الجراحي قبل أن يقرر القيام بعمل جراحي متميز . وعلى الجراح أن يكون منتبهاً وحذراً من تفاؤله المبالغ فيه غير المبرر والذي يمكن أن يحد من قدرته على محاكمة الأمر بِرويَّة وتعقل ويمنعه من تقديم أفضل رعاية ممكنة للمريض .

التخطيط المسبق للعمل الجراحي :

- التخطيط المسبق للعمل الجراحي **لا يقتصر ببساطة على الاهتمام بتفاصيل العمل الجراحي بل يتعلق أيضاً بتدبير المريض العصبي أو المريض القلق ، تدبير الألم.**

- كذلك **يتعلق بعملية الشفاء بعد العمل الجراحي** (التوصيات قبل العمل الجراحي وبعده ، تكييف نشاط المريض بعد العمل الجراحي حتى الشفاء التام).

إن الشرح للمريض وإعطائه التوصيات اللازمة قبل العمل الجراحي هي أساسية في عملية الوقاية من حدوث القسم الأعظم من الاختلاطات التي تحدث في الفترة التالية للعمل الجراحي .

علماً أن التوصيات التي لم تأخذ نصيبها الكافي من الشرح أو تلك التي أغفل شرحها ستجعل المريض أقل اهتماما بإجرائها .

الالتزام بالمبادىء الأساسية في الجراحة :

من هذه المبادىء :

تأمين إضاءة مناسبة ، إبعاد ملائم للنسج اللينة (منطقة الشفة ، الخد ، اللسان ، شرائح النسج الرخوة) كذلك توافر إرواء كافي ومص للمفرزات في منطقة التداخل الجراحي .

كذلك ينبغي على الطبيب الالتزام بمبادىء التطهير ، عدم رض النسج ، الإرقاء بعد الانتهاء من العمل الجراحي .

إن انتهاك أي من هذه المبادىء سيؤدي لزيادة الأذى الحاصل ويرفع نسبة حدوث الاختلاطات بشكل مضطرد .



اختلاطات لها علاقة بالمريض

و هي على الأرجح خصائص تشريحية فيزيولوجية والتي هي عوامل تعقد العمل الجراحي مثل :

1. درجة فتح الفم محدودة إما بسبب الفتحة الدويرية الفموية ذات الحجم الصغير أو بسبب تقلصها اللا إرادي ،أو بسبب الضزز الذي يحد من فتحة الفم ، وعند وضع قاطع رباط أو رافعة أو كلابة يمكن لها أن تسبب رضاً على الشفة خاصة في منطقة زوايا الشفاه
2. شكل الجذور و توضُع السن على القوس السنية التي يمكن أن يكون من الصعب التداخل عليها .

اختلاطات لها علاقة بالحركات غير المسيطر عليها من قبل المريض

حركات الرأس ، الفك السفلي ، حركات اللسان التي يمكن أن تكون سببا في انزلاق قواطع الرباط أو الروافع وخاصة عندما ينسى الطبيب أن يطبق تعليمات نقاط الاستناد ،وهذا يمكن أن يسبب حتى انسلاخ محدد في نسيج اللثة ، أو جرحا قد يمتد إلى المنطقة الليفية المخاطية و قبة الحنك ثاقباً إياها و مُحدثاً نزفاً كبيراً. أو مُحدثاً شقوقاً في اللهاة .

اختلاطات على علاقة مع الطبيب

1- أذية الأعصاب :

- منها فروع العصب القحفي الخامس التي تزود الجلد والغشاء المخاطي ، وهي البنى الأكثر احتمالاً بأذيتها خلال عملية القلع .
- الفروع العصبية الأكثر تعرضاً للأذية أيضا، تتضمن العصب الذقني ،العصب اللساني ، العصب الأنفي الحنكي .
- لدى تأذى العصب الذقني سيشعر المريض بخدر وتنميل في الذقن والشفة السفلية . غالباً تتراوح فترة الإصابة مابين بضعة أسابيع حتى عدة أشهر وفي حال قطع العصب تكون دائمة.
- إذا اضطر الطبيب إلى إجراء تداخل جراحي في منطقة العصب الذقني أو الثقبة الذقنية فمن الأفضل أن يحيط المنطقة بجل اهتمامه منعاً لاحتمال أذية هذا العصب .
- إذا توجب علينا عمل شق محررفي منطقة العصب الذقني فإن هذا الشق ينبغي أن يُجرى أمامياً ما أمكن لتجنب أذية أي فروع للعصب الذقني .
- إن القلع الجراحي لجذور الضواحك السفلية أو الضواحك السفلية المنطمرة أو التجريف الجراحي للآفات الذروية في منطقة العصب الذقني و الثقبة الذقنية ينبغي أن تُجرى بحرص شديد .

- **تكون أذية العصب اللساني** والمتوضع تشريحياً على الوجه اللساني للفك السفلي لدى الشقوق المجراة في منطقة المثلث خلف الرحوي، إذ ينبغي أن تُجرى في مكان مناسب لتجاوز احتمال أذية العصب ، فالشقوق المُجراة للكشف الجراحي للأرحاء الثالثة المنطمرة أو في منطقة العظم الخلفية تكون خدياً وليست لسانياً.
- **يمكن أن يرض العصب السنخي السني خلا ل مسيره في القناة العظمية** . ربما تكون الرحى الثالثة السفلية المنطمرة ضاغطة على العصب مؤدية إلى حس نمل في الشفة السفلية قبل التداخل الجراحي .

أذيات النسج الرخوة

❖تسحج وحروق النسج الرخوة:

- تحدث في الغالب أذيات النسج الرخوة في الحفرة الفموية **نتيجة لنقص انتباه الطبيب وإلى استعمال قوى عنيفة غير مسيطر عليها** .لذلك على الجراح أن يواصل انتباهه إلى النسج الرخوة بينما يعمل على العظم والبنى السنية .
- تنتج حروق وتسحجات النسج الرخوة خلال العمل الجراحي وذلك عند تماس ساق سنبلة حفر العظم مع النسج الرخوة وعلى الشفاه وزوايا الفم.
- يستغرق شفاء الأذية من خمسة إلى عشرة أيام.وعلى المريض أن يحرص على ترطيب المنطقة بالمرهم منعاً من حدوث تطور ندبي ، وكذلك كي تبقى منطقة الأذية مريحة للمريض بشكل معقول .

❖جروح النسج الرخوة.

وذلك **عبر الأدوات** مثل مبعد مستقيم ، أو مبعد سمحاق أو رافعة تنزلق من يد الطبيب خلال استعمالها محدثة أذية معتبرة في النسج الرخوة .

أونتيجة **لتطبيق قوى غير مسيطر عليها** فالتطبيق الجيد للقوى يستلزم دعم منطقة العمل بالإصبع أو اليد المقابلة حتى لا يضيع الدعم المطلوب .

❖تمزق الشريحة:

وهي الأكثر شيوعاً ويحدث هذا غالباً بسبب الحجم غير الكافي للشريحة وذلك عندما تشد إلى ما بعد قدرتها على التمطط. إذ تؤمن الشريحة الواسعة أفضل مدخل لرؤية السن وبالتالي تساعد على تقليل الاختلاطات ما أمكن .ولذلك تُستحب الشريحة المثلثية أكثر من الشريحة الظرفية للوقاية من هذا الاختلاط يكون بـ :

- ❖تأمين حجم كافي للشريحة لمنع الشد الزائد على الشريحة .
- ❖استعمال مقدار كافي من القوة عند إبعاد الشريحة مع تجنب المبالغة فيها .
- ❖إذا حدث تمزق في حواف الشريحة فعلى الجراح أن يحرص على إعادتها إلى مكانها حالما ينتهي من عمله .
- ❖تأمين دعم ملائم للشريحة أثناء تسليخها .

وعلى الأغلب فإن الخياطة بدون حرص قد تؤدي الى تمزقها وبالتالي يأخذ الشفاء وقتاً أطول .

يمكن أن نؤمن الوقاية من حدوث أذية النسج الرخوة :

- ❖الاهتمام الصارم بالنسج الرخوة وأذياتها .
- ❖تأمين شرائح ذات حجم كافي .
- ❖استعمال القوة بحدها الأدنى اللازم لتسليخ النسج الرخوة وإبعادها .
- ❖تأمين نقط دعم وارتكاز أثناء استخدام الأدوات الجراحية .
- ❖حماية النسج الرخوة من قبل الطبيب ومساعده أثناء مراحل العمل الجراحي .
- ❖متابعة الأذية الحاصلة ومراقبتها منعاً لتطورها نحو الأسوء .

اختلاطات سنية

كسر الجذور

يعتبر الاختلاط الأكثر شيوعاً والذي يحدث أثناء قلع الأسنان، فالجذور الطويلة المنحنية المتشعبة والمتوضعة في عظم كثيف تكون الأكثر احتمالا للكسر .

للوقاية من كسر الجذور ذات الشكل التشريحي الشاذ تتم من خلال القلع المفتوح جراحياً مع إجراء تفريغ للعظم المثبت المحيط بالجذور لتقليل القوة المطبقة التي تلزم لاستخراج السن . مع التأكيدعلى إجراء صورة شعاعية للأسنان المفترض قلعها لنفي التشوه التشريحي .





أذيات الأسنان المجاورة

عندما يقوم الطبيب بقلع سن يكون مجمل انتباهه متعلقاً على السن المراد قلعه وعلى الأدوات التي يستعملها ، عندها من المحتمل أن تزداد نسبة إصابة الأسنان المجاورة بسبب الإرتكاز عليها .

كسر ترميمات الأسنان المجاورة :

الأذية الأكثر شيوعاً للأسنان المجاورة هي **كسر الترميمات** أو حتى **الأسنان النخرة** بشكل كبير بينما يحاول الجراح إخراج السن باستخدام الروافع .

الوقاية من حدوث أذيات الاسنان المجاورة

- إدراك إمكانية انكسار الترميمات الكبيرة .
- تحذير المريض وبشكل مسبق لاحتمال حدوث ذلك قبل العمل الجراحي .
- الاستخدام الحذر للروافع .
- الطلب من المساعد أن يحذر الجراح من تطبيق ضغط على الأسنان المجاورة أثناء العمل الجراحي .

أذيات الأسنان المقابلة :

- يمكن أيضاً أن تتعرض الأسنان في القوس المقابلة للأذى عند تطبيق قوى غير مسيطر عليها .
- هذا يحدث عندا تكون القوى الدهليزية واللسانية غير كافية لتحرير السن فيطبق الطبيب قوى جر زائدة في محاولة منه لإخراج السن من سنخها ، هذا السن يتحرر فجأة وتصطدم الكلابة بالسن المقابل أو الشفة ، مُؤدياً الى كسر تاجه أو تحطيم حدباته .يحدث هذا على الأغلب عند قلع الأسنان السفلية لأن هذه الأسنان تحتاج إلى قوى إخراج عمودية أكثر.

- **الوقاية من حدوث كسور في الأسنان المقابلة تتم بالخطوات التالية :**
- ينبغي تجنب تطبيق قوى جر زائدة لاخراج السن من سنخها .
- ينبغي أن تكون السن المراد قلعها قد تم قلقلتها بشكل كافي وفق قوى دهليزية ولسانية ودورانية لتقليل الحاجة لتطبيق قوى جر لإخراج السن .
- دعم مقدمة الكلابة بأصابع الطبيب للتقليل من اندفاع الكلابة عند خروج السن من السنخ .
- على الجراح أو مساعده أن يحمي الأسنان المقابلة ولو بشكل بسيط عبر دعم مقدمة الكلابة بإبهامه مثلاً وذلك لتقليل اندفاع الكلابة عند خروج السن من السنخ .
- لدى حدوث هذا النوع من الإصابة ينبغي تنعيم وترميم المنطقة بشكل مؤقت ضماناً لراحة المريض ريثما نتمكن من إجراء الترميم الدائم .

خلع الأسنان المجاورة :

- يؤدي الاستعمال غير الحذر إلى قلقلة وخلع الأسنان المجاورة .
- يمكن تجنب هذا الاختلاط بالاستعمال الحكيم لكل من الروافع والكلابات .
- إذا تقلقل سن مجاور أو انخلع بشكل جزئي فإن هدف المعالجة هو إعادة السن إلى مكانه ضمن القوس السنية وتأمين استقرارها للسماح بعودتها على وظيفتها بشكل كامل.

أذيات النسج العظمية

كسر الصفيحة السنخية :

- يحتاج قلع السن إلى توسيع العظم السنخي المحيط بالسن لتأمين ممر مناسب لإخراج السن ، في بعض الحالات قد ينكسر العظم السنخي ويخرج مع السن المقلوع بدلاً من توسيعه (أي العظم السنخي) .
- السبب الأكثر شيوعاً لحدوث الكسر هنا هو استعمال قوى مبالغ فيها أثناء القلع واستخدام الكلابة بشكل عنيف أو الاستخدام غير المدروس للروافع حيث تتكسر الصفائح القشرية المحيطة بالسن والسبب هو عدم إدراك الطبيب لما يفعل وأين يضع أدواته .
- أكثر الأماكن المعرضة لحدوث كسور في العظم السنخي هي **الصفيحة القشرية المغطية للناب الدهليزي** ، **الصفيحة القشرية المغطية للأرحاء العلوية** (خصوصاً الرحى الأولى العلوية)، **قاع الجيب الفكي** عندما يكون قريباً من ذرا جذور الأسنان العلوية ،**الحدبة الفكية** ،العظم **الشفهي المغطي للأسنان الأمامية السفلية** .
- إذا لم نتمكن قبل استخدام الكلابة من تحقيق استجابة مبكرة في حركة السن على الطبيب تغيير خطة العلاج نحو التقنية الجراحية بدلاً من الاعتماد على الطريق المغلقة. .

يتم تدبير كسور العظم السنخي بعدة طرق مختلفة معتمدة على نمط وشدة الكسر ::

- إذا خرج العظم بالكامل مع السن المقلوع فإن هذا الجزء لا يعاد الى مكانه.
- ينبغي أن يكون الطبيب متأكداً من أن النسج الرخوة ستعود إلى مكانها وتُعوِّض فوق العظم السنخي المتبقي وتمنع الشفاء المتأخر .
- يجب على الجراح أن ينعم ويزيل أي حواف حادة يمكن أن تنكسر فيما بعد أو على الأقل ستستمر بإزعاج المريض باستعمال مبرد العظم .
- ينبغي على الطبيب أن يدعم بأصابعه العظم السنخي خلال عملية القلع ، وعند حدوث كسر في الصفيحة القشرية فهو بالطبع سيشعر به ، هنا يبقى العظم السنخي مرتبطاً إلى السمحاق والنسج الرخوة المغطية .
- هنا ينبغي أن يفصل الطبيب السن عن العظم بارتباطاته الرخوة . وأن تبق يده مستقرةً في مكانها ويقوم الطبيب بأداة حادة صغيرة مثل رافعة سمحاق ويرفع العظم السنخي الشفوي عن الجذر .
- من المهم أن يدرك الطبيب أن رفع شريحة في هذه المرحلة سيؤثر على القطعة العظمية بشدة وستسير باتجاه التموت العظمي لتأثر التروية الدموية الواردة إليها .

كسر الحدبة الفكية :

- يعتبر كسر جزء معتبر من الحدبة الفكية أمراً جديراً بالاهتمام .فهي ضرورية خصوصاً لتأمين ثبات واستقرار الجهاز الكامل .
- ينتج كسر الحدبة الفكية عموماً عن قلع سن منطمرة (رحى ثالثة مثلاً) أو رحى ثانية علوية إذا كانت آخر سن في القوس السني .
- إذا كانت الحدبة الفكية متحركة بشدة و لا يمكن فصلها عن السن فإن أمام الجراح عدة خيارات :
- الخيار الأول هو تجبير السن مع الأسنان المجاورة وتأجيل القلع إلى 6 إلى 8 أسابيع ، خلال هذا الوقت سيشفى العظم ثم يقلع السن بالطريق الجراحي المفتوح .
- الخيار الثاني هو فصل التاج عن جذوره والسماح للحدبة الفكية وجذور السن أن تشفى وبعد 6 إلى 8 أسابيع يتداخل الطبيب على المنطقة ويزيل جذور السن بالطريقة المعتادة .
- إذا كان السن مصاباً بالإنتان فإن هذه التقنية تستعمل بحذر وحرص بالغين .
- لا ننسى ضرورة فحص المريض بعناية بحثاً عن اتصال فموي جيبي حيث نعالجه حسب الضرورة .

كسر الفك السفلي :

- إن كسر الفك السفلي خلال عملية القلع هو اختلاط نادر وغالباً مايتم عند إزالة الرحى الثالثة السفلية المنطمرة .
- يعزى ذلك إلى الاستخدام العنيف للقوى المطبقة على السن لإزالته خصوصاً الروافع .
- في حال حدوث كسر في الفك السفلي يجب وضع رباط داعم من خارج الفم وتحويل المريض مباشرة إلى جراح الفم والوجه والفكين .

اختلاطات فكية جيبية

الاتصال الفموي الجيبي :

❖قد يؤدي قلع الأرحاء أو الضواحك العلوية إلى اتصال بين الحفرة الفموية والجيب الفكي .

❖من المضاعفات التالية لمثل هذا الاختلاط بعد العمل الجراحي تشكل ناسور فموي جيبي أو التهاب الجيب الفكي .

❖كما هو الحال في كل الاختلاطات الأخرى فإن الوقاية هي الطريقة الأسهل والأكثر نجاحا في تدبير الحالة .

❖يمكن تشخيص حدوث اتصال فموي جيبي بعدة طرق منها :

- فحص السن عند قلعه:فإذا كانت قطعة من العظم ملتصقة إلى جذر السن فإن الجراح يضع في حسابه أن حدوث اتصال هنا هو أمر وارد تماماً .

- للتأكد من حدوث الاتصال نستعمل اختبار نفخ الهواء بلطف من الأنف بعدالإغلاق لفتحتيه ، ومراقبة منطقة السن المقلوع وخروج الهواء من السنخ . يتم تدبير الحالة بإحالة المريض إلى جراحة الفم والفكين لإغلاق الفتحة .

انزياح سن ضمن الجيب الفكي

يعتبر الكثير من الممارسين أن السن الأكثر عرضة للانزياح إلى مسافات تشريحية غير محببة هو جذر الرحى العلوية الذي ينزاح إلى الجيب الفكي .

عندما تطبيق قوة محورية ذروية في المسافة الرباطية بالرافعة المستقيمة دون سيطرة سيندفع هذا الجذر باتجاه الجيب الفكي .

- بداية على الطبيب أن يحدد أولاً **حجم الجذر المفقود** في الجيب.
- ثانياً على الطبيب أن يقرر فيما إذا كان **هنالك إنتان أو أية آفات حول سنية** في الجذر المنزاح .
- أخيراً على الجراح أن يقدر **حالة الجيب الفكي الراهنة** .
- بافتراض أن السن المفقود حوالي 2 إلى 3 ملم من ذروة الجذر وكان كل من السن والجيب بدون أي آثار إنتانية فعلى الطبيب حين ذلك أن يقدم على القيام بعض الإجراءات والمحاولات البسيطة لاستخراج الجذر
- أولاً نأخذ صورة شعاعية للجذر المكسور لتقدير وضعه وحجمه .
- يمكن سحب الجذر الصغير بالماص الجراحي .
- في حال انزاحت شظية كبيرة من الجذر أو انزاح الجذر بالكامل إلى داخل الجيب فعلينا أن نعلم أن في مثل هذه الحالة يعتبر استخراج الجزء المفقود هو أمر واجب .

الطريقة المعتادة لإزالة هذا الجسم الغريب عن الجيب هو عملة كادويل لوك وذلك بالتداخل على الجيب عبر الحفرة النابية ومن ثم إزالة السن .

أحياناً قد تنزاح الأرحاء الثالثة خلفياً إلى الحفرة الجناحية الفكية.

أذية المفصل الفكي الصدغي

- إن قلع الأسنان السفلية تستلزم باستمرار تطبيق مقدار زائد من القوة.
- إذا لم يدعم الفك بشكل كافي خلال القلع يمكن توقع ألم في المنطقة الفكية الصدغية .
- تمنع القوة المضبوطة والدعم الكافي للفك من حدوث ذلك.
- إذا اشتكى المريض من ألم في المفصل بعد القلع مباشرة فعلى الطبيب هنا أن ينصح المريض باستعمال كمادات حارة ، إراحة الفك ، طعام طري ، 1000 mgمن الإسبرين كل 4 ساعات لعدة أيام ، أواستخدام (NASIDs، acetaminophen).

الوقاية من أذية المفصل الفكي الصدغي خلال التداخل الجراحي :

1. دعم الفك السفلي خلال إجراء عملية القلع .
2. عدم فتح الفم بشكل مبالغ فيه .
3. إراحة الفك أثناء القلع من وقت لآخر .

اختلاطات ورمية أو نشوء أكياس

- يؤدي بقاء المحفظة بعد قلع السن إلى تطور مجموعة من الأورام و الأكياس على سبيل المثال ورم مصورات الميناء .
- قلع الأسنان المتقلقلة بدون أشعة : حيث أن التاكل العظمي حول هذه الأسنان قد يكون سببا لنشوء أورام متنوعة وإثارة تشكلها أو أحياناً إلى إخفائها بعملية القلع .
- قلع الأسنان المصابة بأفات ذروية بدون تجريف حول الذروة يؤدي في الغالب إلى أكياس متبقية.

اختلاطات خطيرة

- التهاب كبد إنتاني
- الإيدز
- تعفن وتجرثم الدم
- هذه الاختلاطات الخطيرة سببها عدم التزام الطبيب بالعقامة.

فقدان السن داخل البلعوم أو في المجرى التنفسي

- قد يهرب السن أو الجذر من الكلابة أو قطعة السن المكسور و يبتلعه المريض.
- بصورة عامة لا يؤدي ذلك إلى أي اضطراب لأنه سيطرح خارجاً .
- قد يتوقف الجزء السني في فوهة المري أو في مستوى العفج وفي هذه الحالة نحدد مكانه بالصور الشعاعية و إذا لم يخرج خلال 48 ساعة من المناسب إجراء تنظير أو الجراحة .
- على الرغم من كل الجهود المبذولة فإن السن يمكن أن يبتلع أو قد يستنشق.
- يمكن الاستفادة من الماص الجراحي في استخراج السن وكذلك يجبر المريض على السعال حتى يتمكن من لفظ السن إن استطاع ذلك لعدم معرفتنا بالطريق الذي سيسلكه.
- إذا لم يكن عند المريض سعال أو أعراض اختناق أو زلة تنفسية فإن الأمر الغالب هنا هو أن المريض قد بلع السن وانتقل إلى المعدة مروراً بالمري .
- من جهة أخرى إذا عانى المريض من نوبات سعال عنيفة مستمرة فالسن في هذه الحالة تجاوز البلعوم وأخذ طريقه نحو الرغامى .

- إذا حدث ذلك يجب نقل المريض إلى غرفة الإسعاف ويفحص ويجرى له تصوير لتحديد مكان السن بدقة ، إذا استنشق المريض السن فينبغي علينا طلب استشارة لتحديد مكان السن وتقدير إمكانية إزالته وذلك عبر تنظير للقصبات من قبل الطبيب المختص .
- قد نحتاج في حال بدأت أعراض زلة تنفسية بالظهور إلى جهاز أكسجين ، ولا ننسى أن التدبير الإسعافي لاستنشاق السن يكون بتأمين ممر للتنفس حيث قد نضطر إلى خزع الرغامى .
- الذي يسهِل انزلاق السن وهروبه باتجاه الخلف هي نعومة وملاسة سطحه.
- على أي حال فإنه من الحكمة أن ننقل المريض إلى غرفة الإسعاف ونقوم بإجراء صورة شعاعية من أجل معرفة مكان وجود السن في الأنبوب الهضمي أو في الطريق التنفسي .

.

اختلاطات ما بعد العمل الجراحي



الاختلاطات المبكرة النزف التالي للعمل الجراحي

يعتبر قلع الأسنان إجراءاً جراحياً يمكن أن يؤدي إلى خلل في آلية التخثر ، من الأسباب العديدة التي تساهم في هذا الخلل :

❖إن التوعية الدموية للنسج الفموية والفكين شديدة .

❖يترك قلع السن جرحاً مفتوحاً بنسج رخوة وعظمية تسمح بحدوث نز إضافي ونزف تالي .

❖من المستحيل قطع النزف خلال العمل الجراحي بتطبيق مواد مغطية وبضغط كافي لختم مناطق النزف .

❖يميل المرضى إلى تمرير ألسنتهم على منطقة الجراحة الأمر الذي يحرك العلقة من مكانها ويقلقل ارتباطاتها مسبباً نزفاً ثانوياً .

❖يمكن أن يسب اللسان نزفاً ثانوياً عبر خلق ضغط سلبي صغير يخلخل العلقة المتشكلة في السنخ .

❖أخيراً إن أنزيمات اللعاب قد تحل العلقة الدموية قبل أن تتعضى .



دائماً عندما نستجوب المريض نسأله عن تاريخه النزفي الذي يتضمن السؤال عن :

- ❖ هل تعرض لأي مشكلة نزفية في السابق ؟
- ❖ هل يتكدم بسهولة ؟
- ❖ هل تعرض لنزف سابق بعد عمل جراحي أو ترافق ذلك مع حالة إسعافية كبرى ؟
- ❖ تناول المريض للإسبرين والمضادات الالتهابية غير الستيروئيدية ؟
- ❖ الأمراض المزمنة التي يعاني منها المريض ؟
- ❖ وجود تاريخ نزفي عند العائلة ؟
- ❖ سيستفسر الطبيب عن أي نزف تالي لقلع سن سابق أو تداخل جراحي (كاستئصال اللوزات مثلاً) أو أي نزف تالي لحوادث خطيرة تعرض لها المريض فيما سبق .

- ✓ يعتمد ضبط النزف في الجراحة التقليدية بشكل مبدئي على السيطرة على جميع العوامل التي تسبب تطاول النزف .
- ✓ يجب أن تكون الجراحة كذلك بأقل رض ممكن ، وبشق نظيف غير مشرشر وفق معالجة لطيفة للنسج الرخوة .
- ✓ كذلك يجب أن يحرص الطبيب على عدم تمزق النسج الرخوة لأن النسج المتمزقة تميل للنزف أكثر من غيرها .
- ✓ يجب تنعيم الشؤوزات العظمية أو حتى إزالتها .
- ✓ كذلك ينبغي **تجريف كامل النسيج الحبيبي من المنطقة الذروية للسنخ** وكذلك حول أعناق الأسنان المجاورة والشرائح .



- ✓يجرى الشق بعناية بالغة وبدقة متناهية ونتنبه لأي نزف شرياني في منطقة العمل .
- ✓إذا حدث نزف شرياني معتبر من النسج الرخوة فعلينا السيطرة عليه بالضغط المباشر أما إذا فشل الضغط فإننا نحاول مسك الوعاء النازف بالمرقىء وإجراء خياطة محكمة .
- ✓يمكن ضبط النزف المباشر الحادث في معظم الإجراءات الجراحية بشكل كامل بالضغط المباشر على منطقة النسج الرخوة النازفة لمدة 5 دقائق .
- ✓يجب أن يتحرى الطبيب عن نزف العظم . قد تنزف أحياناً أوعية صغيرة معزولة من ثقبات عظمية ،إذا حدث ذلك
- ✓يمكن أن نهرس العظم في تلك المنطقة بنهاية المرقىء مؤدية إلى قطع النزف الحادث .
- ✓حالما ينجز الطبيب الإجراء المطلوب يغطى السنخ النازف بقطعة شاش معقمة مطوية بشكل ملائم لتستقر مباشرة فوق منطقة السن الذي قلع .
- ✓يعض المريض بإحكام على الشاشة المطوية لمدة لا تقل عن 30 دقيقة .





- ✓ على الطبيب أن يناقش فيما إذا كانت هنالك حاجة للإستعانة بمواد مرقئة تدك في السنخ . استعمال **الجيلاتين الممتص مع الثرومبين الموضعي** المثبت عبر خياطة على شكل 8 والمطبق عليها ضغط عبر قطعة شاش معقمة مطوية فوق السنخ غالباً ما يكون كافياً لضبط النزف التالي الحاصل

- ✓ توضع هذه المادة في سنخ السن المقلوع وتثبت في مكانها بخياطة على شكل 8 . يشكل الجيلاتين الممتص وسطاً ملائماً لتشكل العلقة الدموية ، **تؤمن الخياطة تثبيت الجيلاتين** في مكانه خلال تعضي العلقة الدموية .توضع بعد ذلك **قطعة شاش** جديدة فوق قمة السنخ **وتثبت مع الضغط** .

- ✓ حتى بعد تأمين إرقاء أولي فإن المريض قد يشكو أحياناً من نزف من مكان القلع يشار إليه **على أنه نزف ثانوي** .

- ✓ يجب إخبار المريض بأن يغسل فمه بلطف بالماء البارد ويضع قطعة شاش فوق السنخ ويعض عليها بإحكام . يوصى بالعض عليها بإحكام لمدة 30 دقيقة .

- ✓ إذا استمر النزف يطلب من المريض إعادة غسل فمه بالماء البارد والعض على ظرف من الشاي ، لأن حمض التيانيك في الشاي سيساعد على توقف النزف باعتباره مادة مقبضة .

- ✓ إذا لم تنفع أي من الوسائل السابقة في ضبط النزف فيجب على المريض مراجعة الطبيب .

- ✓ يجب على الطبيب أن تكون لديه القدرة على ضبط النزف الثانوي الحاصل . يجلس المريض على كرسي الطبيب ، ويسحب كل الدم واللعاب والسوائل من فمه ، حيث تكون أفواه مثل هؤلاء المرضى مليئة بالخثرات الدموية .

- ✓يتحرى الطبيب عن مكان النزف بالاستعانة بضوء جيد لتحديد مكان النزف .
- ✓إذا رأى الطبيب مكان النز بشكل واضح فإن مكان النز يغطى بقطعة شاش معقمة وتضغط باصبع الطبيب لمدة لا تقل عن 5 دقائق .
- ✓عادة ما يكون سبب هذه النزوف هو رض إضافي لمنطقة القلع من قبل المريض بعد محاولاته المستمرة لبصق الدم أو ابتلاعه بدلاً من مواصلة الضغط على الشاش .

في حال استمرار النزف :

- ✓حالما ننجز التخدير الموضعي نقوم بتجريف مكان السنخ ونزيل بقايا العلقات الدموية القديمة .
- ✓نحاول رؤية مكان النزف ما أمكن .
- ✓كما وصف في النزف الأولي تفحص النسج الرخوة بحثاً عن أية نزوف وعائية حاصلة ، كذلك نجري فحصاً للنسيج العظمي بحثاً عن أي نزف أو نز موضعي .
- ✓نتبع بعد ذلك جميع الإجراءات الأخرى التالية للتداخل الجراحي .

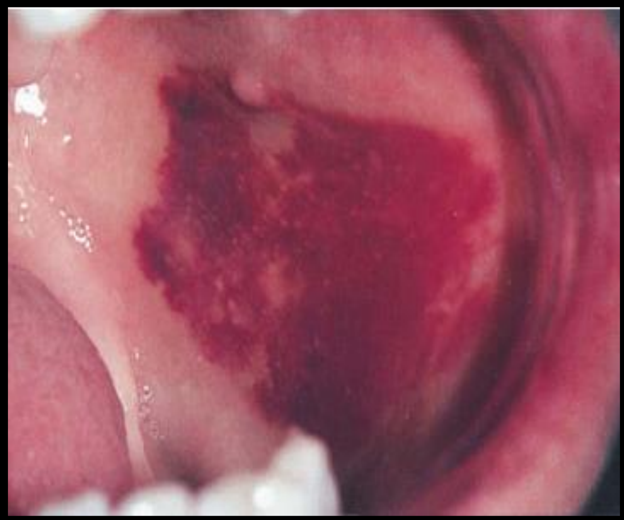
- ✓تعمل هذه الطريق بشكل جيد في السيطرة على النزوف السنخية .
- ✓يوصى المريض بإبقاء الضغط على الشاش مع إبقائها في مكانها و إلا فإن النزف سيعود .
- ✓يبقي الطبيب المريض في العيادة لمدة 30 دقيقة على الأقل لفحصه من جديد حتى يتأكد من تأمين إرقاء كافي .
- ✓إذا لم تنفع جميع الإجراءات السابقة في إيقاف النزف الحاصل فعلى الطبيب **أن يشك بوجود إضطراب نزفي جهازي** ولتحري ذلك يطلب من المريض إجراء فحوص مخبرية إضافية .
- ✓غالباً ما يكون طبيب الدمويات أقدر على اكتشاف الاضطرابات النزفية عند المريض وهو يوصي طبيب الأسنان عند اكتشاف مثل هذا الاضطراب بما يجب عليه فعله للسيطرة على النزف .

❖تشكل الورم الدموي

❖الاختلاط الدموي الآخر هو تشكل الورم الدموي الناتج عن تسرب الدم أثناء أو بعد العمل الجراحي إلى النسج الرخوة المجاورة خصوصاً إلى المسافة تحت الجلد حيث تظهر بعد العمل الجراحي ب 2 إلى 5 أيام .

❖تحدث الأورام الدموية بتكرار كبير حتى أن البعض لا يعتبرها من الاختلاطات التالية للعمل الجراحي . من الملاحظ تكرار حدوثها عند اليافعين بتواتر أكبر منه عند الكبار ، قد يعود ذلك إلى طبيعة البنية الوعائية لديهم بالإضافة إلى المرونة التي تتمتع بها البنية النسيجية لديهم .

❖يمكن الوقاية من حدوث الورم الدموي بالإرقاء الكافي أثناء التداخل الجراحي أو بعده ، يمكن الاستعانة بالكمادات الباردة خلال 24 ساعة التالية للعمل الجراحي والتي تخفف من التجمع الدموي المتراكم .



الشفاء المتأخر

الإنتان :

- السبب الأكثر شيوعاً للشفاء المتأخر للجروح هو الإنتان .
- الإنتان هو اختلاط نادر بعد قلع الأسنان الروتيني ، يشاهد الإنتان في المقام الأول بشكل تالي للجراحة الفموية المتضمنة رفع شرائح من النسج الرخوة وتفريغ عظم .
- يمكن لكل من التعقيم الجيد وتنضير الجروح بعد التداخل الجراحي من تحقيق أفضل وقاية من الإنتان بعد إجراءات الجراحة .
- هذا يعني أن منطقة العمل يجب أن تروى بالمحلول الفيزيولوجي ويجب على الطبيب أن يزيل كافة البقايا المتواجدة في هذه المنطقة.
- يوصف للمرضى المؤهبين لحدوث إنتان تالي للعمل الجراحي الصادات بشكل وقائي .



تفتق الجروح

- مشكلة أخرى للشفاء المتأخر وهي تفتق الجروح . إذا أعيدت الشريحة المرفوعة إلى مكانها **وخيطت بدون دعم عظمي كافي (على فراغ عظمي)** فإن هذه الشريحة غير المدعومة سترتخي وتتمزق على طول خط الشق .

- سبب ثاني لتفتق الجروح **وهو خياطة الجروح تحت الشد** ، خياطة الشرائح بشدة تجعل القطب تسبب فقر دم موضعي لحواف الشريحة مع تموت موضع في النسج مما يؤدي إلى انفكاك العقد وتفتق الجرح . لذا يجب أن نجري الخياطة بدون توتر وأن تتوضع على مسافة كافية للوقاية من تفتق الجروح .



- ✓ أحياناً يشف العظم عبر الغشاء المخاطي الرقيق ويثقبه مؤدياً إلى نتوء حاد في عظم تلك المنطقة .
- ✓ خيارات المعالجة الرئيسية للحالة السابقة هي:
- ✓إما ترك الحافة العظمية لتشفى لوحدها أو بردها بمبرد العظم .
- ✓إذا تركت المنطقة لتشفى لوحدها فإن العظم المكشوف سيتموت تدريجياً خلال فترة 2 إلى 4 أسابيع حيث يميل بعض الأطباء إلى هذا الخيار إذا كان تهيج النتوء البارز أصغرياً .
- ✓عند استعمال مبرد العظم يجب أن لا نرفع شريحة لأن هذا الإجراء سيزيد من مساحة العظم المكشوف ، يستعمل المبرد فقط لتنعيم النتوءات الحادة العظمية .





إذاً يمكن أن نجمل النقاط الأساسية في هذا الاختلاط بـ :

- ✓يحدث تفتق الجروح عادة بسبب نقص التروية الدموية إلى مكان العمل الجراحي .
- ✓تمزق الشريحة أو الشد الزائد للشريحة أو الخياطة الموترة للشريحة بشكل مبالغ فيه .
- ✓يجب أن تترك الجروح المتفتقة لتشفى بالمقصد الثاني وأن نتجنب إعادة الخياطة .
- ✓يجب علينا بعد إنهاء التداخل الجراحي أن نفحص العظم السنخي ونزيل النتوءات الشئزة منه باستعمال مقراض العظم أو بالاستعانة بمبرد العظم .



التهاب السنخ الجاف

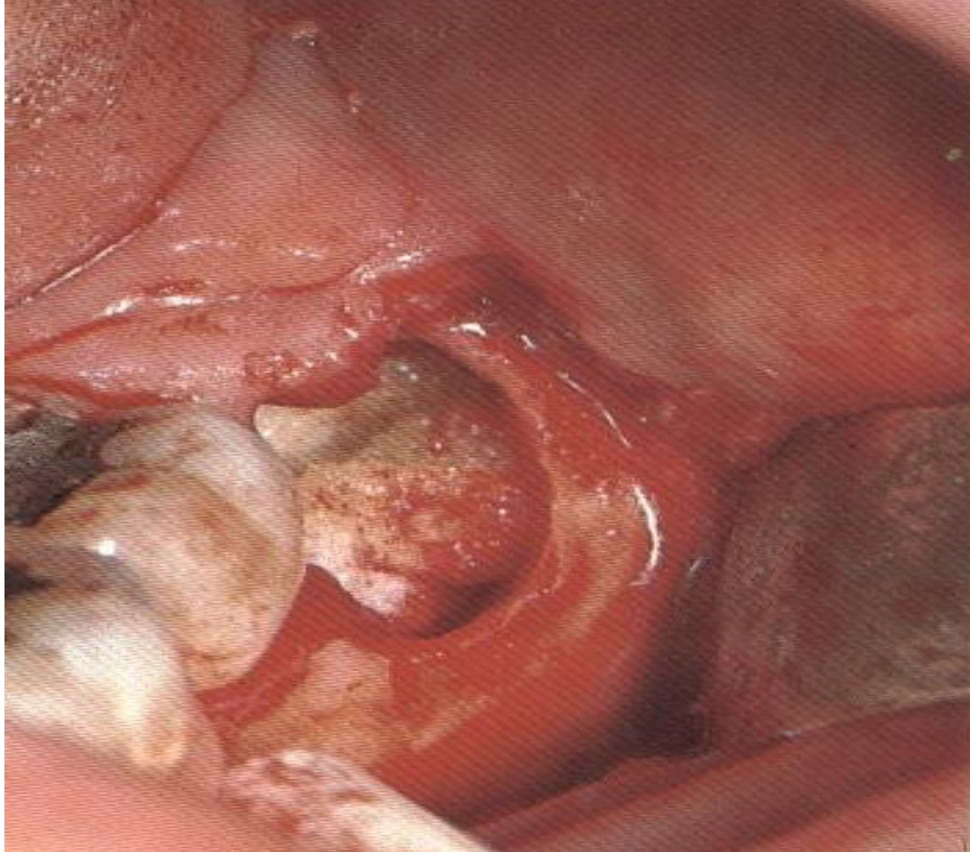
- ✓التهاب السنخ الجاف أو التهاب العظم السنخي هو باختصار وشفاء متأخر غير مترافق بإنتان ، هذا الاختلاط التالي للعمل الجراحي يسبب ألما متوسط إلى شديد بدون أي علامة أو عرض إنتاني معتاد كالحمى ،الانتباج ،الإحمرار .. .
- ✓إن التهاب السنخ الوصفي يظهر بعد قلع الأسنان حيث يتطور الألم في اليوم الثاني أو الثالث بعد القلع .
- ✓ إن سبب التهاب السنخ ليس واضحاً بما فيه الكفاية لكنه قد يعزى إلى زيادة فعالية **حالات الأنزيم في منطقة العلقة الدموية مما يؤدي إلى كشف العظم** . قد **يعزى نشاط الجهاز الحال للفيبرين إلى إنتان غير ظاهر ،التهاب مسافات نقيوية ، أو لأسباب عديدة أخرى** .

إن نسبة حدوث التهاب عظم ونقي تالي لقلع الأسنان الروتيني تبلغ 2 % لكنها ترتفع في قلع الأرحاء الثالثة إلى 20 % .



- ✓الوقاية من التهاب السنخ تكون بإقلال الرض الجراحي وكذلك التلوث أثناء وبعد العمل الجراحي ، تجرى الجراحة بشقوق نظيفة واضحة ، بعد التداخل الجراحي يجب تنظيف منطقة العمل وتزال النسج الحبيبية إذا وجدت ويروى المكان بشكل جيد بالمصل .
- ✓قد يقوم الطبيب بوضع مقدار صغير من الصادات (التتراسيكلين) في السنخ لوحدها أو مع الجيلاتين الممتص لانقاص حدوث التهاب السنخ عند قلع الأرحاء الثالثة . يمكن كذلك وصف مضامض فموية مطهرة قبل وبعد العمل الجراحي (مثال عليه الكلور هيكسيدين) .
- ✓أظهرت الدراسات الحديثة أن التهاب السنخ قد انخفضت نسبته في الارحاء الثالثة السفلية المنطمرة بعد استعمال المضامض بنسبة 50 % .
- ✓تعتمد المعالجة على الإرواء اللطيف ووضع ضماد علاجي .
- ✓لايجوزتجريف السنخ لأن ذلك سيزيد مقدار العظم المكشوف وكذلك يزيد الألم .
- ✓يغسل السنخ بعد ذلك بعناية وبحرص بالغين بمصل فيزيولوجي.

- بعدها نضع ضماد دوائي مؤلف من قطعة شاش صغيرة بحجم جوف السنخ مشبعة بالأوجينول كمسكن للألم العظمي و مادة مخدرة موضعياً كالبنزوكائين ومادة سواغ مثل بلسم Peru.
- يتم تغيير الضماد يومياً إن أمكن أو كل يومين لفترة 6 أيام معتمداً على شدة الألم .
- يروى السنخ بالمصل بلطف بعد كل ضماد .
- حالما يخف ألم المريض يزال الضماد لأنه يعتبر جسماً أجنبياً ويطيل فترة الشفاء .



التهاب العظم والنقي الحاد

- ✓قد يكون من الصعب أحياناً التفريق ما بين مريض مصاب بالتهاب العظم والنقي الحاد الذي يصيب الفك السفلي ومريض مصاب بالتهاب السنخ الجاف .
- ✓يسبب التهاب العظم والنقي الحاد إنهاكاً أكبر وسمية ً أكثر وترتفع حرارة المريض بصورة واضحة ويكون الألم شديداً .
- ✓غالباً ما يكون الفك السفلي مؤلماً جداً عند جسه من خارج الفم ، في حين يكون تعطل الإحساس الشفوي بعد ساعات أو أيام من القلع ظاهرة مميزة لحدوث التهاب العظم والنقي الحاد في الفك السفلي .
- ✓يجب تنويم المريض في المشفى كحالة إسعافية حيث توجد وسائل المعالجة بشكل فعال.
- ✓إن القلع الرضي لرحى سفلية تحت التخدير الموضعي بوجود التهاب لثوي حاد كالتواج أو التهاب اللثة القرحي يؤهب لحدوث التهاب عظم ونقي حاد .

الضزز

- ✓يمكن أن يحدث الضزز التالي للعمل الجراحي **بسبب الإنتان** أو من **حقن التخدير في منطقة العمل الجراحي** أو **قد يعزى إلى تشنج العضلات** الزائد أثناء العمل الجراحي .
- ✓غالباً ما يكون الضزز الناجم عن الإنتان **من النمط البطيء المترافق بالأعراض العامة المرافقة** لأي إنتان كالحرارة والاحمرار والانتباج .
- ✓تشنج العضلات الماضغة بعد العمل الجراحي يمكن التخفيف من آثاره بإلزام المريض ببعض النصائح كتجنب المبالغة بفتح الفم وعدم تناول الأطعمة الصلبة والاعتماد على الأطعمة الطرية والقيام ببعض الكمادات الحارة وقد يلجأ البعض إلى وصف المرخيات العضلية .



الوذمة الهوائية

- ✓عادة ما يشار إلى اندفاع الهواء إلى النسج الداعمة أو إلى المستويات الوجهية بالوذمة الهوائية .
- ✓تعرف الوذم الهوائية بانتباج مفاجيء في الوجه بدون أعراض إنتانية على الرغم من أن البعض قد أشارإلى إمكانية حدوثها مسببة مشاكل انتانية بعد العمل الجراحي.
- ✓سيميز حس الفرقعة عند الضغط على الانتباج الملاحظ بتفريقها عن الورم الدموي في منطقة التداخل الجراحي .غالبا لحس الحظ في المنطقة الوجهية ماتميل الوذمة الهوائية لتحديد موقعها ، عادة ما يكون العلاج محافظاً بالاعتماد على الصاد الحيوي (غالباً السيفالوسبورين) والانتظار لبضعة أيام ريثما تزول الوذمة المتشكلة .
- ✓يجب أن لا نقلل من خطورة الوذمة الهوائية فهي قد تندفع (أي الهواء) إلى داخل النظام الدوراني الوريدي في المنطقة الجراحية المتداخل عليها مما يؤدي إلى إصابة قلبية أو قد يتسرب الهواء إلى منطقة المنصف وما يرفق ذلك من خطورة على حياة المريض .
- ✓عند شكنا بحصول مثل هذه المضاعفات الخطيرة فيجب علينا تحويل المريضإلى نظم العناية الإسعافية ووضعه تحت المراقبة .

